



Christliche Krankenhäuser
in Deutschland

Zukunftsweisend menschlich.

Stellungnahme

zum Referentenentwurf eines

Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung

und der Vergütung für psychiatrische und

psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

Berlin, 14. Juni 2016

CHRISTLICHE KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND

Jedes dritte deutsche Krankenhaus wird in konfessioneller Trägerschaft geführt. Etwa 265.000 Beschäftigte versorgen im Jahr über sechs Millionen Patienten, jeder zweite Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein christliches Krankenhaus gebunden.

IHRE ANSPRECHPARTNER

Bernadette Rummelin, Geschäftsführerin (Sprecherin) KKVD

Pastor Nobert Groß, Verbandsdirektor DEKV

KONTAKTADRESSE

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V.

Invalidenstraße 29 | 10115 Berlin

Telefon +49 (30) 801986-0, Fax +49 (30) 801986-22

Mail: info@dekv.de, Web: www.dekv.de

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD)

Haus der Deutschen Caritas | Reinhardtstraße 13 | 10117 Berlin

Telefon +49 (0)30/284447-30, Fax +49 (0)30/284447-33

Mail: kkvd@caritas.de, Web: www.kkvd.de

FACHVERBÄNDE DER DIAKONIE UND CARITAS

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV) und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD) vertreten rund 600 Krankenhäuser. Der DEKV ist selbständiger Fachverband des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland. Der KKVD ist anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband, der Wohlfahrtorganisation der katholischen Kirche. Beide kirchlichen Krankenhausverbände verfolgen ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und kirchliche Zwecke.

Präambel

Die Christlichen Krankenhäuser in Deutschland (CKiD), vertreten durch die beiden christlichen Krankenhausverbände, den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband e.V. (DEKV) und den Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD), unterstützen die Gesetzesinitiative zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen.

Christliche Krankenhäuser sind ein wichtiger Stützpfiler der psychiatrisch-psychosomatischen Versorgung in Deutschland. 30 Prozent aller psychiatrischen und psychosomatischen Klinikstandorte werden von christlichen Krankenhausträgern betrieben. Im Jahr 2013 hatten 110 christliche Kliniken die Versorgungsverpflichtung in ihrer Region übernommen. Mit 3.100 tagesklinischen Behandlungsplätzen stellen die CKiD jährlich für rund 33.000 Patientinnen und Patienten eine qualitativ-hochwertige sowie wohnortnahe Versorgung sicher. Die CKiD stehen für eine Setting übergreifende, patientenorientierte sowie wohnortnahe Versorgung. Aus diesem Grund appellieren die CKiD an den Gesetzgeber, die Rahmenbedingungen für die Versorgung psychisch kranker Menschen stärker an den individuellen Bedürfnissen des Patienten auszurichten.

Aufgrund anhaltender Kritik von Fachgesellschaften, Betroffenen und Verbänden am PEPP-Entgeltsystem hat die Koalition im Rahmen des Koalitionsvertrages reagiert und sich zur grundsätzlichen Systemprüfung bereiterklärt. In diesem Kontext hat der Bundesminister für Gesundheit bereits im Jahr 2015 einen sogenannten strukturierten Dialog mit den Fachgesellschaften und Verbänden eingeleitet, um über Alternativmodelle zu PEPP zu diskutieren.

Im Februar 2016 wurden die Beratungen fortgesetzt und als Ergebnis seitens des BMG ein vielversprechendes Eckpunktepapier zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems vorgelegt. In den Eckpunkten zeichnete sich eine Neuausrichtung des gesetzlichen Rahmens für das Vergütungssystem ab. Dieses Vorgehen wurde von den CKiD begrüßt und durch unsere Mitgliedseinrichtungen breit unterstützt. Der nun vorgelegte Referentenentwurf und die darin konkretisierte, gesetzliche Ausgestaltung bleiben hinter den Erwartungen jedoch weit zurück und bedürfen essentieller Anpassungen. Die CKiD fordern den Gesetzgeber daher auf, den vorgelegten Referentenentwurf noch einmal tiefgreifend zu überarbeiten.

Abschließend weisen wir darauf hin, dass wir uns der Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum PsychVVG anschließen. Mit den nachfolgenden Ausführungen wollen wir einzelne der darin formulierten Positionen, denen aus unserer Perspektive besonderes Gewicht zukommt, ergänzen und akzentuieren.

Allgemeiner Teil

Grundsätzlich begrüßen die CKiD, dass mit dem vorliegenden Referentenentwurf der vorgesehene Weg einer preisorientierten Vergütung über landeseinheitliche Tagespauschalen nicht weiter verfolgt werden soll. Stattdessen sollen im Rahmen krankenhausesindividueller Budgets sowohl strukturelle als auch regionale Besonderheiten berücksichtigt werden.

Die Behandlung psychisch kranker Menschen darf nicht einer überwiegend betriebswirtschaftlichen, auf Kostensenkung getriggerten Finanzierungslogik folgen. Anderenfalls wären Fehlentwicklungen und Fehlanreize analog zum DRG-System vorgezeichnet. Entscheidend ist dabei ein neu strukturiertes Budgetsystem mit klarer Trennung von Budgetfindung auf der örtlichen Verhandlungsebene und der Abrechnung der Behandlungsleistungen. Bei den zukünftigen Budgetverhandlungen müssen sowohl regionale als auch strukturelle Besonderheiten sowie klinikspezifische Behandlungskonzepte berücksichtigt werden.

Zum Zwecke der Abrechnung und der Leistungstransparenz kann der neu zu kalkulierende, bundeseinheitliche Relativgewichtekatalog verwendet werden. Allerdings muss der damit verbundene Dokumentationsaufwand aus Sicht der CKiD spürbar reduziert werden. Die praktische Anwendung des bisherigen PEPP-Systems in unseren Kliniken, insbesondere auch den CKiD-Kalkulationshäusern, hat gezeigt, dass dessen flächendeckende Umsetzung einen enormen Bürokratieschub in den Kliniken bedeutet. Ein Zeitaufwand, der für die Versorgung der Patienten verloren geht.

Im Blick auf Qualität und Patientenorientierung sind Vorgaben zur Personalausstattung auf Grundlage der Psychiatrie-Personalverordnung und wissenschaftlicher Leitlinien umzusetzen. Die damit verbundenen Kosten sind dauerhaft verlässlich zu refinanzieren. Die Kalkulation der Bewertungsrelationen muss zusätzlich zu empirischen Daten entsprechende normative Elemente berücksichtigen.

Setting übergreifende Behandlungskonzepte, die dem Patienten den Verbleib im häuslichen Umfeld ermöglichen, wie z.B. die stationsäquivalente Behandlung bzw. Hometreatment, sind Behandlungsformen, die christliche Krankenhäuser auf Grundlage individueller Vereinbarungen bereits heute in die Praxis umsetzen. Gerade diese Behandlungsformen sollten durch eine neue entsprechende Vergütungssystematik befördert werden.

Mit dem neuen bundeseinheitlichen Krankenhausvergleich sollen in Zukunft die Qualität und Vielfalt des Leistungsspektrums der Kliniken einer vergleichenden Betrachtung zugänglich gemacht werden. Dabei könnte und sollte der Krankenhausvergleich auch unterschiedliche Behandlungsansätze der Kliniken transparent darstellen. Nach jetzigem Stand des Referentenentwurfs handelt es sich jedoch vor allem um einen Kosten- und Betriebsvergleich, bei dem die Durchschnittswerte der Budgetvereinbarungen als Maßstab gelten, ungeachtet des Vorliegens spezieller regionaler Versorgungsstrukturen oder der Umsetzung besonderer Versorgungskonzepte.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass mit dem Referentenentwurf vorrangig die Reduktion stationärer Kapazitäten und nur nachrangig die in Aussicht gestellte Leistungstransparenz fokussiert wird. Damit durch den vorliegenden Referentenentwurf die wirklich notwendigen Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Versorgung von psychisch kranken Menschen geschaffen werden können, sehen die CKiD vor allem in den folgenden Punkten Änderungsbedarf in der Gesetzestextierung:

- Finanzierung der vorgegebenen Personalausstattung für eine bedarfsorientierte psychiatrisch-psychosomatische Versorgung
- Ausgestaltung des Krankenhausvergleichs als Orientierungsinstrument für Leistungsstruktur und Qualität
- Realisierung eines leistungs- und strukturorientierten Budgetsystems mit Stärkung der Verhandlungskompetenz vor Ort
- Abbau überflüssiger Dokumentations- und Bürokratieverpflichtungen der Krankenhäuser
- Stationsäquivalente Versorgungsformen und ein damit automatisch verbundener Bettenabbau in den Landeskrankenhausplänen
- Psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen

Besonderer Teil

1) Finanzierung der vorgegebenen Personalausstattung für eine bedarfsorientierte psychiatrisch-psychosomatische Versorgung

Die Kritik an der Ausgestaltung des bisherigen PEPP-Systems basierte vor allem auf der zu starken Orientierung an den Strukturen des DRG-Systems der Somatik. Dadurch wurden die Probleme des DRG-Systems (wie Mengeneffekte, drohender Personalabbau, sinkende Landesentgeltwerte) auf die psychiatrische Versorgung übertragen. Gegengesteuert werden soll nun durch die Einführung personeller Mindestvorgaben sowie die Entwicklung von Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen durch den G-BA. Diese Bestrebungen des Gesetzgebers sind für die CKiD nachvollziehbar. Die Grundvoraussetzung für eine langfristige Verbesserung der Personalsituation in den psychiatrischen Einrichtungen ist dabei die nachhaltige und vollumfängliche Refinanzierung der durch den G-BA vorgegebenen personellen Mindestanforderungen. Dies sieht der vorliegende Referentenentwurf jedoch nicht vor. Hinzu kommt, dass die vorgegebenen Mindestbesetzungen nicht stillschweigend als Maximalvorgabe für Personal in Anschlag gebracht werden dürfen. Erfahrungen mit einer definierten Mindestfachkraftquote im SGB XI-Bereich zeigen dies nur überdeutlich.

Die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen haben unter anderem die höchsten Personalkostenanteile. Vorgaben über eine verbindliche Mindestausstattung in den therapeutischen Bereichen müssen dauerhaft direkt in den Budgets finanziert werden. Schon allein deshalb muss dieser Umstand der Schwerpunkt der zukünftigen Budgetfindung sein. Würde die Refinanzierung der Personalkosten nicht vollständig sichergestellt sein, könnten die Anforderungen des G-BA nicht umgesetzt werden. Das Budget sollte somit wie bisher, unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, auf Basis der Personal- und Sachkosten kalkuliert werden. In Verbindung mit den in der Einrichtung geleisteten Relativgewichten ergäbe sich dann eine hausindividuelle Bezugsgröße, die dann mit der bundesweiten Bezugsgröße verglichen werden könnte. So entstünde eine Orientierungsgröße für die Budgetverhandlungen vor Ort und für eventuelle Anpassungen der Budgets.

Bevor die Ausfinanzierung einer extern vorgegebenen Personalausstattung im Gegenzug nicht gesetzlich gesichert ist, können jegliche Nachweispflichten und Rückzahlungsverpflichtungen einer zweckentfremdeten Mittelverwendung, deren Definition für die CKiD an dieser Stelle sehr fraglich erscheint, als gesetzlich geregelte Sparmaßnahme des Gesetzgebers interpretiert werden, die zur Ausdünnung der Personaldecke und damit langfristig zu einer Festschreibung der Versorgungsqualität auf einem mittleren Niveau führt.

Äußerst kritisch betrachtet wird daher die vorgesehene Methodik, wonach Krankenhäuser nach § 18 Abs. 2 BPfIV die Umsetzung der Psych-PV bereits ab dem Jahr 2016 auf Ortsebene nachzuweisen haben. Die damit verbundene Rückzahlungsverpflichtung für die Jahre ab 2016 ist für die CKiD weder nachvollziehbar noch hinnehmbar. Diese Regelung gilt es zu streichen.

2) Ausgestaltung des Krankenhausvergleichs als Orientierungsinstrument für Leistungsstruktur und Qualität

Des Weiteren weisen die CKiD nachdrücklich darauf hin, dass der vorgesehene leistungsorientierte Vergleich weder die Versorgungsrealität noch den tatsächlichen Finanzierungsbedarf sachgerecht abbilden kann. Folgerichtig kann durch den leistungsorientierten Vergleich, wie er aktuell konzipiert ist, weder die Vergleichbarkeit, noch die gewünschte Transparenz realisiert bzw. umgesetzt werden. Zielführender dagegen wären für einen sachgerechten Krankenhausvergleich die folgenden Voraussetzungen: Erstens die Anerkennung strukturbedingter Kostenunterschiede bei ähnlichen Leistungen in Krankenhäusern. Zweitens sind für die vereinbarten Vergleichswerte Korridore zu definieren, um die Transparenz deutlich zu erhöhen, und drittens sind die Grundlagen für die Kalkulation der Bewertungsrelationen transparent darzustellen.

Das im Referentenentwurf neu definierte Instrument des Krankenhausvergleiches dient nach dem Verständnis der CKiD weniger als Orientierungshilfe für die Vertragspartner vor Ort, sondern vielmehr als Auslöser einer landesweiten Konvergenz. Damit bildet der Krankenhausvergleich für die Verhandlungspartner auf Ortsebene eine Preisobergrenze für psychiatrische sowie psychosomatische Leistungen. Die daraus resultierende landesweite Anpassung der krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte und Budgets hat schließlich eine landesweite Konvergenzphase zur Folge.

Die künftig vorgesehenen Budgetanpassungen sind für die Krankenhäuser des Weiteren mit einem sehr hohen Dokumentationsaufwand verbunden.

3) Realisierung eines leistungs- und strukturorientierten Budgetsystems mit Stärkung der Verhandlungskompetenz vor Ort

Begrüßenswert ist, dass die Verhandlungskompetenz der Vertragspartner vor Ort gestärkt werden soll. Jedoch scheint die im Referentenentwurf vorgesehene Umsetzung dazu wenig zielführend zu sein. Die CKiD appellieren an die Politik, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Instrumente für die Budgetverhandlung vor Ort so ausgestaltet werden müssen, dass in Zukunft die Leistungsfähigkeit einerseits als auch strukturelle sowie regionale Besonderheiten eines Krankenhauses andererseits im Mittelpunkt der Budgetfindung stehen müssen. Dieser hohe An-

spruch kann von Seitens der Vertragspartner auf Ortsebene nur dann realisiert bzw. umgesetzt werden, wenn der Gesetzgeber im Vorfeld die dafür notwendigen Rahmenbedingungen schafft. Damit sowohl regionale als auch strukturelle Besonderheiten aufwandsgerecht bei der Vereinbarung des Budgets berücksichtigt werden können, sind diese als Tatbestand für die Budgetverhandlungen aufzunehmen. Die bisher vorgesehenen Regelungen sind geeignet, die Verhandlungen auf Ortsebene zu belasten und Misstrauen zwischen den Vertragspartner zu säen. Im Übrigen erhöhen sie den damit verbundenen Dokumentationsaufwand, anstatt ihn zu verringern.

Die CKiD weisen mit aller Dringlichkeit daraufhin, dass die verbindliche Anwendung des neuen Entgeltsystems ab dem Jahr 2017 wenig zielführend ist. Aus diesem Grund ist die verpflichtende Anwendungsphase um ein weiteres Jahr, also auf 2018, zu verlängern.

4) Abbau überflüssiger Dokumentations- und Bürokratieverpflichtungen der Krankenhäuser

Inakzeptabel sind die im Referentenentwurf vorgesehenen Regelungen, wonach der Dokumentationsaufwand sowie die Beweispflichten für Krankenhäuser künftig zunehmen werden.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene sollen künftig bis jeweils zum 31. März, erstmals zum 31. März 2017, solche Diagnosen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Abs. 2 SGB V benennen, die sich für Zwecke des Vergütungssystems nach § 17 d KHG als nicht erforderlich erwiesen haben.

Die CKiD hatten aufgrund der Formulierungen im Eckpunktepapier des BMGs adäquate gesetzliche Regelungen zur Verminderung des Dokumentationsaufwandes in den Krankenhäusern erwartet. Die vorgesehene Regelung diesbezüglich lässt dazu leider keinen relevanten Beitrag erwarten. Nach den bisherigen Erfahrungen ist davon auszugehen, dass seitens der Vertragspartner auf der Bundesebene kein Kompromiss zu dieser Thematik zu erreichen sein wird. Die Problematik ist bereits lange bekannt und hätte durch die Selbstverwaltung bisher über die Mitwirkung in den entsprechenden Gremien des DIMDI verbessert werden können. So hat die Krankenseite in den vergangenen Jahren im Konsens mit zahlreichen Fachverbänden immer wieder die Abschaffung der äußerst erfassungsaufwendigen Therapieeinheiten und auch anderer Codes gefordert. Diese Vorschläge wurden durch die GKV jedoch nie unterstützt, da die Therapieeinheiten vielfältige Möglichkeiten bieten, Abrechnungen aus formalen Gründen mit den bekannten Konsequenzen zu beanstanden. Im Gegenteil, die Forderungen nach immer mehr Transparenz durch neue Dokumentationsverpflichtungen im Rahmen der OPS-Definitionen sind nahezu unbegrenzt. Dabei spielt es schon lange keine Rolle mehr, ob zu dokumentierende Parameter für Vergütungszwecke oder das Entgeltsystem benötigt werden oder ob der bürokratische Aufwand zur Erfüllung der Dokumentationsanforderungen in einem vernünftigen Verhältnis zum Zwecke der differenzierten Vergütung steht.

Bereits heute existiert ein anerkanntes und dem Grunde nach gut funktionierendes Vorschlagsverfahren zur jährlichen Weiterentwicklung des OPS beim DIMDI. Das heißt, bereits seit Jahren wäre ein Streichen nicht erforderlicher, extrem dokumentationsaufwendiger oder auch nur begrenzt zweckmäßiger Codes möglich gewesen. Insofern mangelt es derzeit weniger an fundierten Vorschlägen als vielmehr an deren Umsetzung in den Klassifikationen. Dabei hatten nicht selten Wünsche nach vermeintlich potentiellen Kostentrennern und minutengenauen Leistungserfassungen für die Kalkulation Vorrang vor Hinweisen auf erheblichen bürokratischen Aufwand. Demnach fehlt es eher an konkreteren Regelungen bzw. einem gemeinsamen Verständnis, wie mit solchen Vorschlägen im DIMDI umzugehen ist. Dem bisherigen Beratungsverfahren im DIMDI folgend ist mit der Begleitung der Beratungen durch alle relevanten Selbstverwaltungspartner und dem InEK bereits die Information vorhanden, ob ein zur Streichung vorgeschlagener Code im Entgeltsystem über einen im Verhältnis zum Aufwand seiner Dokumentation stehenden Nutzen verfügt.

Änderungsvorschlag der CKiD:

- Streichung der Neuregelung einer Vereinbarung auf Bundesebene zur Überprüfung der OPS.
- Einführung einer Neuregelung in Analogie zu der Begründung, wie im DIMDI mit ernstzunehmenden und auf breiterem Konsens aufbauenden Vorschlägen zur Vermeidung überzogener Dokumentationsanforderungen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens umzugehen ist.

5) Stationsäquivalente Versorgungsformen

Zusammenfassend ist festzustellen, dass mit dem Referentenentwurf vorrangig die Reduktion stationärer Kapazitäten und nur nachrangig die in Aussicht gestellte Leistungstransparenz fokussiert wird.

Leider sind in diesem Zusammenhang auch die Regelungen für die flächendeckende Einführung der stationsäquivalenten Behandlungsform des Hometreatments einzuordnen. Die CKiD begrüßen die Schaffung der Möglichkeit, stationsäquivalente Behandlungsangebote durchzuführen. In der nun definierten Form und den dazu festgelegten Rahmenbedingungen gilt es, das Verständnis des Gesetzgebers für dieses psychiatrische Behandlungskonzept allerdings zu hinterfragen. Hometreatment ist eine Setting übergreifende und damit sehr patientenindividuell organisierte, psychiatrische Akutbehandlung, die losgelöst vom Krankenbett durch das stationäre, multiprofessionelle Team aus Ärzten und Fachpflegekräften sowie weiteren Co-Therapeuten im Lebensumfeld des Patienten erbracht wird. Zahlreiche Studien und Modellprojekte belegen die positive Wirkung dieses Behandlungsansatzes der „aufsuchenden Krankenhausbehandlung ohne Bett“

bei der Behandlung spezieller Patientengruppen (z.B. bei Psychosen). Voraussetzung ist dabei die Absprachefähigkeit des Patienten mit dem Behandler und das Vorhandensein eines stabilen, die Therapie stützenden, sozialen Umfeldes. Ebenso muss eine Eigen- und Fremdgefährdung in der akuten Erkrankungsphase ausgeschlossen werden können. Dies ist nicht per se bei jedem Patienten gegeben, so dass der behandelnde Arzt die Therapieentscheidung zum Hometreatment sehr individuell abklären muss. Für spontane Kriseninterventionen muss jederzeit eine stationäre Aufnahmemöglichkeit vorgehalten werden. Des Weiteren haben die Erfahrungen in Modellprojekten gezeigt, dass viele Patienten trotz des bestehenden Angebotes eines Hometreatments lieber täglich in die Klinik kommen, so dass die komplex-ambulanten Behandlungsleistungen durch das Krankenhaus in verschiedenen Formen und Settings realisiert werden.

Der Einsatz der unterschiedlichen Behandlungsformen (vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, Institutsambulant) kann patientenindividuell in unterschiedlichen Zeitabschnitten in verschiedenen Settings erfolgen. Daher stehen die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangebote nicht in einer kaskadischen Abfolge oder gar in Abgrenzung gegeneinander, sondern stellen das moderne Behandlungsrepertoire in der Krankenhauspsychiatrie dar, das je nach den individuellen Bedürfnissen des Patienten durch die Kliniken bedient wird. Der hier kurz geschilderten Versorgungsrealität werden die gesetzlichen Regelungen zur stationsäquivalenten Behandlung (Hometreatment) nicht gerecht.

Die CKiD fordern daher folgende Anpassungen im Gesetzestext:

- Die stationsäquivalente Behandlung hat nicht Vorrang vor der stationären Krankenhausbehandlung, sondern ist Bestandteil der stationären Versorgung, wenn die Klinik dieses Behandlungskonzept anbietet. Das Angebot dieser Behandlungsform kann nur freiwillig und nicht für alle Kliniken verbindlich erfolgen.
- Eine automatische Reduktion der Bettenanzahl in den Landeskrankenhausplänen aufgrund des Angebotes stationsäquivalenter Behandlungsformen für bestimmte Patientengruppen ist abzulehnen. Hierdurch wird ein allgemeiner Abbau stationärer Kapazitäten in Gang gesetzt, der zu Lasten auch aller anderen Patientengruppen geht und somit die flächendeckende psychiatrische Versorgung und die Qualität der Versorgung generell gefährdet.
- Stationsäquivalente Behandlungsformen sind eine Krankenhausleistung und keine ambulante Vertragsarztleistung. Sie werden durch das multiprofessionelle, stationäre Behandlungsteam erbracht. Daher ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung über entsprechende Vertragsinhalte auf der Bundesebene nicht einzubeziehen.

6) Psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen

Die CKiD begrüßen ausdrücklich die Klarstellung, dass die Ermächtigung für psychosomatische Institutsambulanzen nicht an die Bedingung der Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung gebunden ist. Diese wurde im psychosomatischen Versorgungsbereich noch nie definiert und fand demnach in der Praxis auch keine Anwendung.

Als unangemessen betrachtet, weil aufwandstechnisch völlig überzogen, werden allerdings die neu formulierten Dokumentationsverpflichtungen im Rahmen der ärztlichen Abrechnung nach § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V.

Das Behandlungsspektrum der PIA richtet sich an besonders schwer und chronisch psychisch erkrankte Patienten, die nicht durch die niedergelassenen Fachärzte adäquat betreut werden können. Daher sind diese Leistungen nicht mit dem vertragsärztlichen Versorgungsangebot vergleichbar. Überdies sind die PIA-Leistungen in den Vereinbarungen nach § 118 Abs. 2 und 3 SGB V bereits ausreichend definiert und damit von der vertragsärztlichen Grundversorgung abgegrenzt. Die Entwicklung eines umfassenden bundeseinheitlichen Leistungskataloges, der auch keine Vergütungsrelevanz haben soll, ist daher nicht nachvollziehbar und birgt einen unnötigen Dokumentationsaufwand. Die einzig denkbare Intention bei dieser Regelung mag die Verfeinerung weiterer MDK-Prüfabsichten sein.

Der Leistungsumfang der PIA ist auch deutlich von den stationsäquivalenten Behandlungsangeboten abzugrenzen, da die PIA keine stationären Behandlungsleistungen oder entsprechend äquivalente Leistungen wie Hometreatment mit ihren Behandlungskonzepten abdecken kann.

Die CKiD fordern daher folgende Anpassungen im Gesetzestext:

- Die pauschal definierte Regelung zur Übermittlung standortbezogener fachgebietsspezifischer Vollzeitäquivalente der psychiatrischen Institutsambulanzen an den Landesausschuss gilt es zu streichen.
- Die Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Kataloges zur zusätzlichen Dokumentation der PIA-Leistungen nach § 295 Abs. 4 SGB V ist ersatzlos zu streichen.